

№1

вибір року в Україні*

Pfizer **ВІАГРА®**
оригінальний силденафіл

ТВЕРДИЙ ВИБІР УСПІШНИХ ЧОЛОВІКІВ



ВІАГРА БУЛА ПРИЗНАЧЕНА 587 МІЛЬЙОНІВ РАЗІВ, БІЛЬШ НІЖ МІЛЬЙОНОМ ЛІКАРІВ**

ВІАГРА® (силденафіл), таблетки вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг - 1 або 4 таблетки в упаковці; 100 мг - 1, 2, 4, 8 таблеток в упаковці.

Коротка інструкція для медичного застосування препарату ВІАГРА®. Показання. Лікування порушень ерекції, що визначаються як нездатність досягти та підтримати ерекцію статевого члена, необхідну для успішного статевого акту. Для ефективної дії препарату ВІАГРА® необхідне сексуальне збудження. Спосіб застосування та дози. Препарат застосовують перорально. Рекомендована доза препарату ВІАГРА® становить 50 мг та застосовується, при необхідності, приблизно за годину до статевого акту. Максимальна рекомендована доза становить 100 мг. Максимальна рекомендована частота застосування препарату становить 1 раз на добу. Протипоказання. Підвищена чутливість до активної речовини або будь-якої з допоміжних речовин препарату; одночасне застосування із донорами оксиду азоту (такими, як амілнітрил) або нітратами у будь-якій формі протипоказане. Силденафіл протипоказаний чоловікам, яким не рекомендована статева активність. Втрата зору на одне око внаслідок неартеріальної передньої ішемічної невротії зорового нерва незалежно від того, пов'язана ця патологія із попереднім застосуванням інгібіторів ФДЕ5 чи ні. Наявність таких захворювань, як порушення функції печінки тяжкого ступеня, артеріальна гіпотензія (артеріальний тиск нижче 90/50 мм рт. ст.), нещодавно перенесений інсульт або інфаркт міокарда та відомі спадкові дегенеративні захворювання сітківки, такі як пігментний ретиніт (невелика кількість таких пацієнтів має генетичні розлади фосфодіестераз сітківки), оскільки безпека силденафілу не досліджувалася у таких підгрупах пацієнтів. Побічні реакції. Найчастіше повідомлялося про такі побічні реакції, як головний біль, приливи крові, диспепсія, розлади зору, закладеність носа, запаморочення та порушення сприйняття кольору. Особливості застосування. Оскільки сексуальна активність супроводжується певним ризиком з боку серця, до початку будь-якого лікування еректильної дисфункції лікар має оцінити стан серцево-судинної системи пацієнта. Засоби для лікування еректильної дисфункції, у тому числі й силденафіл, слід призначати з обережністю пацієнтам із анатомічними деформаціями пеніса (такими як ангуляція, кавернозний фіброз або хвороба Пейроні), або пацієнтам зі станами, що сприяють розвитку пріапізму. Взаємодія з іншими лікарськими засобами. При дослідженні in

vitro силденафіл слабкий інгібітор ізоформ цитохрому P450. Дослідження in vivo: силденафіл має вплив на метаболізм оксиду азоту/циклічного гуанозинмонофосфату (цГМФ), було встановлено, що цей препарат потенціє гіпотензивну дію нітратів, тому його одночасне застосування з донорами оксиду азоту або з нітратами в будь-якій формі протипоказане. Категорія відпуску. За рецептом.

Перед використанням препарату необхідно ознайомитись з інструкцією для медичного застосування та проконсультуватись з лікарем. Інформація для лікарів і фармацевтів. Призначено для розповсюдження на семінарах, симпозиумах, конференціях з медичної тематики. Реєстраційні посвідчення № UA/0313/01/02, № UA/0313/01/03 від 15.04.2013, Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 537 від 20.08.2015

За додатковою інформацією звертайтеся до:

Представництва «Файзер Ейч. Сі. Пі. Корпорейшн» в Україні:
03680, м. Київ, вул. Амосова, 12. Бізнес-центр «Горизонт парк», тел.: (044) 391-60-50.

Література:

*-Звіт незалежного аудитора щодо дотримання Організацією вимог

"Положення про Міжнародний фестиваль - конкурс

"Вибір-року" в Україні" під час формування рейтингу в 2015 році

** - Data on file

WUKVGR0215032



Практическое руководство по эректильной дисфункции

Канадская урологическая ассоциация, 2015 г.



Эректильная дисфункция (ЭД) – широко распространенное состояние, нарушающее соматическое и психосоциальное функционирование и снижающее качество жизни миллионов мужчин и семей. По данным исследования Canadian Study of Erectile Dysfunction, распространенность ЭД у мужчин старше 40 лет составляет 49,4%; в других исследованиях было продемонстрировано, что 5–20% мужчин имеют средней степени тяжести или тяжелую ЭД [1–3]. Современные терапевтические опции включают назначение высокоэффективных и безопасных препаратов, прежде всего пероральных ингибиторов фосфодиэстеразы-5 (ФДЭ-5), таких как силденафил. Терапия второй линии – самостоятельно вводимые вазоактивные препараты, вакуумные эрекционные устройства, имплантация раздуваемых протезов – также обладает высоким лечебным потенциалом.

В Канаде большинство случаев ЭД выявляют и успешно лечат врачи первичного звена [4]. Основанные на доказательствах подходы к диагностике и лечению, в том числе применение ингибиторов ФДЭ-5, позволили перевести ЭД из разряда хирургической патологии в состояние, успешно поддающееся консервативной терапии. Семейные врачи, урологи, интернисты, эндокринологи, кардиологи и другие специалисты в своей практике все чаще сталкиваются с мужчинами с ЭД (и их партнерами), запрашивающими лечение. Во многих случаях между парой и лечащим врачом устанавливаются длительные отношения, помогающие сформировать терапевтический альянс и, соответственно, улучшить результаты лечения. Модель совместного ведения ЭД продемонстрировала свою эффективность и нацелена на оптимальное использование ресурсов здравоохранения [4, 5]. Согласно этой модели первичное выявление и лечение пациентов с ЭД осуществляют терапевты и семейные врачи; больные с неадекватным ответом, а также пациенты, нуждающиеся в более инвазивном или специализированном обследовании и

лечении, направляются к соответствующим специалистам (урологам, андрологам, сексопатологам). Практические навыки и опыт врачей первичного звена, дополняющиеся экспертными знаниями в области ЭД узкоквалифицированных специалистов, позволяют оптимизировать результаты лечения для пациента.

В современной модели ведения ЭД ключевую роль продолжают играть урологи по ряду причин.

1. В трудно поддающихся лечению, резистентных к пероральной терапии случаях необходимо направление к специалисту.

2. Врачи первичного звена, как правило, не обладают навыками интракавернозной и интрауретральной терапии.

3. В некоторых случаях анатомическая деформация полового члена (посттравматическая или болезнь Пейрони) играет важную роль в патогенезе ЭД и часто требует хирургического лечения.

4. У значительной части мужчин (с тяжелыми заболеваниями сосудов, сахарным диабетом и др.) пробная консервативная терапия оказывается неэффективной.

5. Пациенты с ЭД, обусловленной врожденной венозной утечкой, нуждаются в специализированной урологической помощи. Как правило, это пациенты молодого возраста, не отвечающие на ингибиторы ФДЭ-5.

6. По запросу пациента (или его партнера) либо по медико-правовым вопросам могут быть показаны специфические исследования, осуществляемые урологом.

7. Исследования природы и последствий ЭД проводятся в урологических клиниках.

В настоящей статье представлено обновленное руководство Канадской урологической ассоциации (Canadian Urological Association, CUA) по ведению ЭД, при разработке которого учитывались публикации в рецензируемых журналах до 2015 г., одобренные Всемирной организацией здравоохранения рекомендации Международного консультационного комитета по сексуальной медицине (ICSM) 2010 г., рекомендации Общества сексуальной медицины Северной Америки (SMSNA), а также последние разработки и достижения в ведении ЭД [4, 6, 7].

Глобальные задачи ведения ЭД

1. Помочь пациенту и его партнеру определить цели лечения.

2. На основании жалоб и целей лечения назначить диагностические исследования.

3. Использовать диагностические исследования рационально (с учетом стоимости/эффективности) и целенаправленно (для выбора лечения и исключения определенных заболеваний).

4. Разъяснить диагноз и вероятную этиологию ЭД пациенту и его партнеру.

5. Идентифицировать причины ЭД, которые могут влиять на состояние здоровья и продолжительность жизни пациента (в том числе оценить сердечно-сосудистый риск), при необходимости направить пациента к соответствующему специалисту.

6. Предложить варианты лечения с предоставлением всесторонней информации относительно стоимости, вероятности успеха и основных побочных эффектов.

7. Начинать лечение с наименее инвазивного варианта, отвечающего ожиданиям пациента и его партнера.

8. В ходе лечения предоставлять пациенту необходимую информацию и поддержку.

9. Восстановить и поддерживать сексуальную близость как можно более естественным путем.

10. По возможности отдавать предпочтение обратимым методам терапии.

Диагностика

CUA поддерживает точку зрения, в соответствии с которой обследование пациента с любым типом сексуальной дисфункции должно осуществляться по единой схеме [3, 4, 6]. На основании анамнеза необходимо уточнить тяжесть, появление и давность ЭД, сопутствующие медицинские и психосоциальные факторы. Личную беседу с пациентом часто дополняют опросниками и онлайн-методами. Большое значение имеет характер расспроса: необходимо проявлять высокий уровень чувствительности, учитывать этнические, культурные и персональные особенности пациента.

1. Определить, что проблема заключается именно в ЭД, а не в других аспектах цикла сексуального ответа (желании, эякуляции, оргазме) или в других причинах (болезнь Пейрони; факторы образа жизни, включая наркоманию; качество взаимоотношений партнеров и т.д.).

2. Определить время начала, природу ЭД и (при наличии такой возможности) значимость проблемы для партнера. Выяснить у пациента, желает ли он получать лечение.

3. Исключить потенциально обратимые причины ЭД (прием лекарственных препаратов; стресс; депрессия; отклонение от нормы уровней гормонов, в том числе андрогенов, гормонов щитовидной железы и гипофиза; табакокурение; злоупотребление алкоголем; потребление наркотических веществ; специфические моменты, касающиеся партнера и т.п.). Тестостероновый профиль целесообразно определять при подозрении на гипогонадизм, однако рутинный скрининг уровня этого гормона не рекомендуется.

4. Установить вероятную этиологию ЭД на основании анамнеза, физического осмотра и результатов лабораторных исследований. Настоятельно рекомендуется получить обновленные данные по уровню артериального давления, липидному профилю, уровню глюкозы или гликозилированного гемоглобина.

ЭД может иметь этиологию:

- сосудистую;
- эндокринную;
- неврологическую;
- ситуационную;
- органную (деформация пениса – болезнь Пейрони или травма);
- смешанную (в большинстве случаев присутствует органическая причина; впоследствии развиваются тревога, стресс и депрессия в результате ЭД).

Методология диагностики

1. Сбор анамнеза и клинический расспрос (важнейшая составляющая обследования пациента с ЭД).

2. Физикальное обследование, направленное на анатомические, сосудистые и невральные системы, необходимые для эрекции.

3. Применение стандартных опросников (например, SHIM) рекомендуется,



Рис. Алгоритм ведения пациентов с ЭД

*Мужчинам с ЭД и болезнью Пейрони рекомендуется первая линия терапии ЭД.

*Необязательное исследование.

Примечание: ИКИ – интракавернозные инъекции, ВЭУ – вакуумное эрекционное устройство.

Продолжение на стр. 4

Практическое руководство по эректильной дисфункции

Канадская урологическая ассоциация, 2015 г.

Продолжение. Начало на стр. 3

но не является обязательным. Опросники помогают оценить исходную функцию, тяжесть ЭД, ответ на лечение и в большинстве случаев существенно не увеличивают продолжительность визита.

4. Лабораторные исследования: измерение уровня глюкозы в крови, липидограмма, в некоторых случаях – гормональный скрининг (общий и биодоступный тестостерон).

5. Консультация других специалистов (эндокринолога, психолога, кардиолога).

6. Специализированные исследования:

- комбинированный тест с инъекцией и стимуляцией (CIS);
- дуплексное ультразвуковое исследование с интракавернозной инъекцией вазоактивного препарата;
- тестирование ночной тумесценции (NPTR; Rigiscan);
- динамическая инфузионная кавернозография и кавернозометрия (DICC);
- ангиография полового члена и малого таза.

Сбор анамнеза

Сбор анамнеза является основой диагностики сексуальной дисфункции и ЭД. Правильно собранный анамнез позволяет установить правильный диагноз в большинстве случаев [4, 6, 8]. Опытный профессионал позволяет пациенту (паре) свободно, без спешки обсудить проблему и цели лечения. При этом сексуальные отношения пациента не следует по умолчанию считать моногамными и гетеросексуальными. Сексуальная дисфункция может быть обусловлена широким спектром органических и медицинских факторов, однако важную этиологическую роль также могут играть различные психосоциальные и межличностные факторы (тревога, депрессия, проблемы во взаимоотношениях и т.п.).

Основные домены анамнеза:

- Специфика ЭД (начало, тяжесть, значимость, ситуации). Желание, возбуждение, оргазм, эякуляция.
- Взаимоотношения, стрессовые факторы дома и на работе.
- Боль или изменение формы гениталий.
- Факторы образа жизни: курение, употребление или злоупотребление субстанциями, малоподвижный образ жизни.
- Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, болезнь периферических сосудов, диабет, ожирение, болезнь почек и т.д.
- Хирургические вмешательства, облечение или травмы в анамнезе.
- Прием лекарственных препаратов.
- Психиатрические заболевания или состояния.

Валидированные опросники, которые пациент может самостоятельно заполнить в спокойной обстановке, позволяют эффективно получить необходимую информацию и сохранить время врача [6]. Наибольшую ценность эти инструменты имеют в оценке ответа на лечение и определении общей удовлетворенности консервативной терапией за определенный промежуток времени (например, 4 нед). Чаще всего используется опросник SHIM [9].

Физикальный осмотр

Цель физикального осмотра у мужчин с ЭД – оценить анатомию гениталий, выявить отклонения, потенциально связанные с ЭД (например, бляшки Пейрони), эндокринные признаки и сопутствующие заболевания (неврологические, сосудистые, а также состояния, которые могут угрожать жизни) [10]. На сегодня доказана связь ЭД с болезнью периферических сосудов и ишемической болезнью сердца [11]. Осмотр должен включать оценку габитуса (вторичных половых признаков), периферического кровообращения (ЭД является предиктором кардиоваскулярной заболеваемости и смертности), нервной и мочеполовой систем [10]. Пальпация яичек позволяет убедиться в их наличии и оценить консистенцию (атрофия, гипогонадизм). Деформации полового члена могут лучше выявляться в эрегированном состоянии, однако чаще всего оцениваются путем растягивания пениса, при котором бляшки Пейрони становятся более заметными. Для некоторых пациентов физикальный осмотр может быть источником смущения и дискомфорта, поэтому необходимо сделать все возможное для обеспечения приватности и персонального комфорта.

Лабораторные исследования

В соответствии с рекомендациями Международного общества по сексуальной медицине (ISSM) лабораторные исследования у мужчин с сексуальными проблемами могут включать определение уровня глюкозы натощак, липидного профиля и в некоторых случаях – гормонального профиля. Измерение уровней гормонов может быть показано для исключения или подтверждения специфических состояний, вызывающих ЭД (например, гипогонадизма), или оценки потенциальной роли сопутствующих заболеваний [6, 12].

Латентный сахарный диабет можно выявить путем оценки уровня глюкозы натощак или гликозилированного

гемоглобина (HbA_{1c}). Определение липидного профиля, рекомендуемое ВОЗ, по мнению экспертов CUA, является опциональным исследованием у пациентов с ЭД [2].

Скрининг гормонального профиля остается противоречивым аспектом рутинного обследования пациентов с ЭД. Определение уровня тестостерона однозначно показано мужчинам с ЭД, у которых отмечается гипоактивное желание или неполный ответ на терапию ингибиторами ФДЭ-5, а также всем мужчинам с сахарным диабетом. У мужчин с ЭД и нормальным желанием целесообразность рутинного скрининга сниженных уровней тестостерона не доказана. В соответствии с актуальными руководствами у мужчин, получающих тестостеронзаместительную терапию, необходимо периодически контролировать уровень этого гормона в крови [12, 13].

У мужчин с диабетом Канадская диабетическая ассоциация рекомендует раз в год оценивать сексуальную функцию и определять уровень тестостерона.

Определение уровней гормонов щитовидной железы, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, пролактина, общий анализ крови и анализ мочи у пациентов с ЭД являются необязательными в большинстве случаев, но могут назначаться по клиническим показаниям [3, 6, 10].

Специализированные исследования

1. Психологическое/психиатрическое обследование часто предоставляет важную дополнительную информацию, касающуюся взаимоотношений и ситуационных причин ЭД. Однако вследствие ограниченной доступности и высокой стоимости психолого-психиатрическая помощь редко применяется в лечении ЭД. Основными задачами психотерапии являются уменьшение или устранение тревоги, выяснение контекста сексуальных отношений, модификация сексуальных скриптов и предотвращение преждевременного отказа от фармакотерапии [3, 6, 14].

2. Тестирование ночной тумесценции (NPTR) – минимально инвазивный метод измерения и регистрации ночных

эректильных событий. Однако в Канаде он имеет ограниченную доступность и не покрывается медицинской страховкой в большинстве провинций. Оценка ночной тумесценции и ригидности полового члена (метод Rigiscan) следует осуществлять на протяжении по крайней мере 2 ночей для регистрации 2-5 эрекций. Основные сферы применения NPTR – медико-правовые случаи и оценка эффективности новых фармакологических агентов [15].

3. Оценка сосудистой функции. Среди методов, оценивающих функцию сосудов, чаще всего использовалось дуплексное ультразвуковое исследование кровотока в артериях пещеристых тел до и после интракавернозной инъекции вазоактивного препарата [16]. В настоящее время это исследование проводится все реже, что обусловлено высокой эффективностью пероральной терапии. При нормальных результатах дуплексного ультразвукового сканирования (пиковый систолический кровоток >30 см/с, индекс резистентности >0,8) дополнительные исследования сосудистой функции можно не проводить. При получении патологических результатов сонографии артериография и динамическая инфузионная кавернозометрия и кавернозография (DICC) показаны только пациентам – потенциальным кандидатам на сосудистое реконструктивное хирургическое вмешательство (в современной канадской практике ведения ЭД эти исследования используются редко).

Метод DICC позволяет оценить работу запирающего (веноокклюзивного) механизма полового члена [17]. Жидкость с контрастным веществом вводится в пенис с целью индуцирования эрекции; по подъему и падению интрапенильного давления с радиологической визуализацией вен, дренирующих пенис, определяется состоятельность или несостоятельность веноокклюзивного механизма.

Наиболее инвазивным диагностическим исследованием является артериография. Как правило, этот метод используют только в случаях приапизма с высоким кровотоком и у пациентов, у которых планируется проведение сосудистого шунтирования. Ангиограмма позволяет визуализировать кровоток полового члена и выполнить селективную эмболизацию в нестандартных случаях повреждения, обусловленного приапизмом с высоким кровотоком.

Таблица. Сравнение свойств ингибиторов ФДЭ-5

Свойство	Силденафил	Тадалафил	Варденафил
T _{max}	30-120 мин (в среднем 60 мин)	30-360 мин (в среднем 120 мин)	30-120 мин (в среднем 60 мин)
T _{1/2}	4 ч	17,5 ч	4 ч
Абсорбция	Жирная пища может замедлять достижение T _{max}	Не зависит от пищи	Жирная пища может снижать C _{max}
Доступные дозировки	25 мг, 50 мг, 100 мг по мере необходимости	2,5 мг, 5 мг 1 раз в сутки 5 мг, 10 мг, 20 мг по мере необходимости	10 мг ородиспергируемая таблетка 2,5 мг, 5 мг, 10 мг, 20 мг по мере необходимости
Максимальная доза	100 мг/сут	20 мг/сут	20 мг/сут
Эффективность	Все три ингибитора ФДЭ-5 обладают одинаковой эффективностью		
Может потребоваться коррекция дозы	<ul style="list-style-type: none"> • Пациенты старше 65 лет • Печеночная недостаточность • Почечная недостаточность • Одновременное применение мощных ингибиторов CYP3A4 (ритонавир, эритромицин) • Одновременное применение циметидина 	<ul style="list-style-type: none"> • Пациенты старше 65 лет • Печеночная недостаточность • Почечная недостаточность • Одновременное применение мощных ингибиторов CYP3A4 (ритонавир, эритромицин) 	<ul style="list-style-type: none"> • Пациенты старше 65 лет • Печеночная недостаточность • Почечная недостаточность • Одновременное применение мощных ингибиторов CYP3A4 (ритонавир, эритромицин)
Противопоказания	<ul style="list-style-type: none"> • Применение органических нитратов (регулярное или периодическое) • Гиперчувствительность к любому компоненту таблетки в анамнезе 		
Применение с -блокаторами	Одновременное применение с селективными -блокаторами не вызывает значимой гипотензии. Риск развития последней повышается при использовании с неселективными -блокаторами		
Побочные эффекты (5 наиболее частых в порядке частоты, по сравнению с плацебо)	Головная боль, приливы, диспепсия, заложенность носа, изменение цветового зрения	Головная боль, диспепсия, боль в спине, миалгия, заложенность носа	Головная боль, приливы, ринит, диспепсия, синусит

4. Эндокринологические исследования. Идеальная схема эндокринологического обследования пациентов с ЭД не разработана [3, 6]. Определение уровня общего и биодоступного тестостерона может быть целесообразным у мужчин со сниженным сексуальным интересом, отсроченной эякуляцией, уменьшением объема эякулята, неэффективностью терапии ингибиторами ФДЭ-5, а также у больных с ЭД и диабетом [13]. Определение уровня свободного тестостерона характеризуется значительной интрааналитической вариабельностью и поэтому не рекомендуется. Определение уровня биодоступного тестостерона клинически полезно и рекомендуется, однако не всегда доступно. В качестве альтернативы можно использовать расчетный биодоступный тестостерон (требует определения уровня утреннего общего тестостерона, альбумина и глобулина, связывающего половые стероиды).

5. Нейрофизиологическое тестирование проводится для оценки крестцовой рефлекторной дуги, позволяющей косвенно оценить целостность нервов промежности. Метод характеризуется ограниченной клинической доступностью и полезностью [18].

Лечение

В большинстве случаев лечение ЭД проводится в комплексе с изменением образа жизни и коррекцией органических или психосоциальных нарушений. Пациентам и их партнерам следует предоставить информацию относительно эффективности, рисков и пользы методов лечения, отвечающих их предпочтениям и ожиданиям. Во многих случаях неэффективность пероральной терапии ингибитором ФДЭ-5 может быть обусловлена неоптимальным приемом препарата или недостаточной дозировкой. При отсутствии ответа на пероральную терапию переходят ко второй и третьей линии терапии (рис.).

1. Пероральная терапия. Учитывая различия между ингибиторами ФДЭ-5, выбор препарата может зависеть от ряда факторов, таких как время и частота полового акта, взаимодействие с пищей и алкоголем и др. (табл.).

2. У мужчин с подтвержденным гипогонадизмом может использоваться тестостеронзаместительная терапия (при наличии ЭД – в комбинации с ингибитором ФДЭ-5) [3, 6, 19-21].

3. Консультирование по поводу сексуальных проблем (от простого открытого обсуждения с врачом первичного звена до консультации психолога, сексопатолога и/или психиатра) [3, 6].

4. Локальная терапия (применение интракавернозных или интрауретральных препаратов) [2, 3, 6, 22].

5. Вакуумные эрекционные устройства [23].

6. Хирургическое лечение [3, 6, 23]:

- протезирование полового члена имплантатом;
- хирургическая реконструкция при болезни Пейрони;
- сосудистое шунтирование (как правило, у пациентов молодого возраста после травматического повреждения артерий полового члена).

Выводы

1. Сбор анамнеза и физикальный осмотр – необходимые этапы диагностики ЭД в большинстве случаев.

2. Основные скрининговые тесты включают выявление кардиоваскулярных

факторов риска и исследование показателей крови. Рекомендуется оценка уровня глюкозы крови натощак, липидов и (при наличии показаний) тестостерона.

3. Лечение начинают с наименее инвазивного метода, приемлемого у данного пациента.

4. В ряде случаев (при необходимости более детального обследования или неэффективности пероральной терапии) может потребоваться использование более инвазивных методов диагностики и лечения.

5. Хирургическое лечение – крайняя мера у мужчин, у которых менее инвазивные методы были неэффективными или противопоказаны.

6. Лечение должно быть индивидуализированным, его эффективность следует регулярно оценивать.

Литература

- Grover S.A., Lowensteyn I., Kaouache M. et al. The prevalence of erectile dysfunction in the primary care setting: Importance of risk factors for diabetes and vascular disease. Arch Intern Med 2006; 166: 213-9.
- Brock G., Harper W.; for Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Erectile dysfunction. Can J Diabetes 2013; 37: S150-2.
- Hatzimouratidis K., Amar E., Eardley I. et al. Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. Eur Urol 2010; 57: 804-14.
- Canadian Urological Guidelines Committee. Erectile dysfunction practice guidelines. Can J Urol 2002; 9: 1583-87.
- Costa P., Grandmottet G., Mai H.D. et al. Impact of a first treatment with phosphodiesterase inhibitors on men and partners' quality of sexual life: Results of a prospective study in primary care. J Sex Med 2013; 10: 1850-60.
- Montorsi F., Adakan G., Becher E. et al. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. J Sex Med 2010; 7: 3572-88.
- Porst H., Burnett A., Brock G. SOP conservative (medical and mechanical) treatment of erectile dysfunction. J Sex Med 2013; 10: 130-71.
- Brock G. Diagnosing erectile dysfunction could save your patient's life. Can Urol Assoc J 2014; 8: S151-2.
- Ramanathan R., Mulhall J., Rao S. et al. Predictive correlation between the International Index of Erectile Function (IIEF) and Sexual Health Inventory for Men (SHIM): Implications for calculating a derived SHIM for clinical use. J Sex Med 2007; 4: 1336-44.
- Ghanem H.M., Salonia A., Martin-Morales A. SOP: Physical examination and laboratory testing for men with erectile dysfunction. J Sex Med 2013; 10: 108-10.
- Jackson G., Nehra A., Miner M. et al. The assessment of vascular risk with erectile dysfunction: the role of the cardiologist and general physician. Int J Clin Pract 2013; 67: 1163-72.
- Meuleman E.J., Hatzichristou D., Rosen R.C. et al. Diagnostic tests for male erectile dysfunction revisited. Committee Consensus Report of the International Consultation in Sexual Medicine. J Sex Med 2010; 7: 2375-81.
- Morales A., Bella A.J., Chun S. et al. A practical guide to diagnosis, management and treatment of testosterone deficiency for Canadian physicians. Can Urol Assoc J 2010; 4: 269-75.
- Schmidt H.M., Munder T., Gerger H. et al. Combination of psychological intervention and phosphodiesterase-5 inhibitors for erectile dysfunction: A narrative review and meta-analysis. J Sex Med 2014; 11: 1376-91.
- Nocturnal penile erections. The role of RigiScan in the diagnosis of vascular erectile dysfunction. J Sex Med 2010; 9: 3219-26.
- Sikka S.C., Hellstrom W.J., Brock G. et al. Standardization of vascular assessment of erectile dysfunction: Standard operating procedures for duplex ultrasound. J Sex Med 2013; 10: 120-9.
- Glina S., Ghanem H. SOP: corpus cavernosum assessment cavernosometry / cavernosometry. J Sex Med 2013; 10: 111-4.
- Giuliano F., Rowland D.L. Standard operating procedures for neurophysiologic assessment of male sexual dysfunction. J Sex Med 2013; 10: 1205-11.
- Smith W.B., McCaslin I.R., Gokce A. et al. PDE5 inhibitors: Considerations for preference and long-term adherence. Int J Clin Pract 2013; 67: 768-80.
- Alhathal N., Elshal A.M., Carrier S. Synergistic effect of testosterone and phosphodiesterase-5 inhibitors in hypogonadal men with erectile dysfunction: A systematic review. Can Urol Assoc J 2012; 6: 269-74.
- Oral phosphodiesterase-5 inhibitors and hormonal treatments for erectile dysfunction: A systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med 2009; 151: 650-61.
- Coombs P.G., Heck M., Guhring P. et al. A review of an intracavernosal injection therapy program. BJU Int 2012; 110: 1787-91.
- Hellstrom W.J., Montague D.K., Moncada I. et al. Implants, mechanical devices, and vascular surgery for erectile dysfunction. J Sex Med 2010; 7: 501-23.

Bella A.J., Lee J.C., Carrier S., Benard F., Brock G.B.
2015 CUA Practice guidelines
for erectile dysfunction.
Can Urol Assoc J 2015; 9 (1-2): 23-9.

Перевел с англ. Алексей Терещенко



З М І С Т

УРОЛОГІЯ

Актуальные вопросы диагностики и лечения урогенитальных инфекций И.И. Горпинченко	8-9
Новости 31-го конгресса Европейской ассоциации урологов	13-16
Возможности применения мирамистина в урологии	17
Левифлоксацин в урології: огляд сучасних рекомендацій	19
Цефиксим в лечении инфекций мочевых путей	21
Оновлення 2015 року в лікуванні інфекцій сечових шляхів у дітей Д.Д. Іванов	22-23
Метафілактика мочекаменной болезни	24
Современные подходы к лечению инфекционных заболеваний в урологии А.А. Хрянин, Р.Э. Амдий, Т.С. Перепанова и др.	26-29
Ибупрофен по сравнению с фосфомицином при неосложненной инфекции мочевых путей у женщин: рандомизированное контролируемое исследование I. Gagyor, J. Bleidorn, M.M. Kochen и др.	34-35

ОНКОУРОЛОГІЯ

Алгоритм підготовки та проведення високотехнологічної дистанційної променевої терапії при лікуванні пацієнтів, хворих на рак передміхурової залози О.В. Сафронова	10-11
Развитие хирургических методов в онкоурологии: социальные последствия, отдаленные результаты Э.А. Стаховский.	18

НЕФРОЛОГІЯ

У пациентов с хронической болезнью почек, не находящихся на диализе, препарат Мирцера®, назначаемый 1 раз в месяц, корректирует и поддерживает стабильными уровни гемоглобина: результаты исследования MICENAS II А. Мартинез-Кастелао, А. Касес, Э. Колл и др.	30-31
---	-------

ДИТЯЧА НЕФРОЛОГІЯ

Оцінка функціонального стану нирок і визначення предикторів прогресування у дітей з хронічним піелонефритом О.В. Лавренчук	32-33
--	-------

АНДРОЛОГІЯ

Практическое руководство по эректильной дисфункции	3-5
Статеві розлади у чоловіків, хворих на цукровий діабет Є.В. Лучицький, В.Є. Лучицький	6-7
Андрология и сексуальная медицина: современные аспекты Н.И. Бойко	12
Мужское бесплодие	36-39
Физиология эрекции: исторический очерк научного понимания до 80-х годов XX века М.Ф. ван Дриел	40-41

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА

Mycoplasma genitalium: кому, когда и зачем О.В. Рыкова	42
--	----